TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr V. LE LORIER

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
Jules ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)
—
1907

I. — TITRES SCIENTIFIQUES

1894. — Lauréat de la Faculté de Médecine de Lille (Etat).

1895. — Première mention honorable de la dite Faculté

1900. — Interne des hôpitaux de Paris.

1904. — Docteur en médecine.

1904. — Chef de clinique obstétricale adjoint.

1905. — Chef de clinique obstétricale, chargé du cours d'anatomie, physiologie et pathologie, à l'École des sages-femmes de la Faculté, depuis le 1er novembre 1904.

1906 — Moniteur des manœuvres obstétricales, à la Faculté, sous la direction du Dr Lepage.

II. — TRAVAUX ORIGINAUX

De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur. (En collaboration avec le Dr Lepage, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie du 4 mai 1902*).

Les propriétés anesthésiques du bichlorure d'ethylidène ($C^2 H^4 Cl^2$) ont été signalées pour la première fois par Soulier et Briau en 1896.

Le chlorure d'éthyle ($C^2 H^5 Cl$) a été utilisé cliniquement pour la première fois par Von Hacker (Insbrück) en 1897.

Son emploi s'est rapidement vulgarisé et il était couramment employé en chirurgie lors de nos premières recherches en 1902.

La rapidité de l'anesthésie et celle du réveil, l'inocuité du chlorure d'éthyle, la facilité de son emploi nous engagèrent à l'essayer dans la pratique obstétricale.

Notre travail relate 14 observations relatant 6 périnéorraphies.

2 curages digitaux ;

1 délivrance artificielle ;

2 applications de forceps ;

1 application de forceps suivie de restauration périnéale ;

1 extraction de siège (mode des fesses) suivi de restauration périnéale ;

1 incision d'abcès du sein.

L'analyse de ces observations nous permettaient d'adopter les conclusions suivantes :

A). AVANTAGES DU CHLORURE D'ETHYLE

1° Administration facile ;

2° Anesthésie obtenue en 60 secondes au maximum pouvant durer 4 minutes sans renouveler la dose d'anesthésique (10 centimètres cubes en une fois) ;

3° Réveil très rapide sans céphalalgie et la plupart du temps sans vomissements.

B). INDICATIONS DU CHLORURE D'ÉTHYLE

1° Pendant l'accouchement :

Forceps, versions, extractions de siège.

2° Pendant la délivrauce :

Délivrance artificielle.

3° Après la délivrance : périnéorraphie.

4° Pendant la grossesse pour compléter ou pratiquer un examen difficile nécessitant des explorations douloureuses (viciation pelvienne par exemple).

Recherches personnelles poursuivies depuis la publication du travail ci-dessus, au sujet de l'emploi du chlorure d'éthyle en obstétrique.

A). AUTO-EXPÉRIMENTATION

Je me suis soumis deux fois à cette anesthésie, une fois dans un but expérimental, une autre fois par nécessité (incision d'un panaris).

Dix cent. cubes de chlorure d'éthyle étant versés sur un mouchoir épais, j'appliquai moi-même ce mouchoir étroitement sur le nez et la bouche en ayant soin de ne point laisser passer d'air sous les bords du mouchoir. Les trois premières inspirations sont aisées, nullement désagréables, pas de sensation pénible d'étouffement ; dès la 4e ou 5e inspiration, on se sent pris d'une sorte de vertige et rapidement la conscience disparaît d'une façon complète. Le réveil survient rapidement comme au sortir d'un rêve. Si on prend soin de rester étendu quelques minutes il n'y a ni vertiges, ni céphalalgie, ni nausées.

B). TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE

Il faut avoir :

Un mouchoir épais ou une compresse de toile pliée plusieurs fois ;

Une pince à langue ;

Un ouvre bouche.

Un carré de taffetas gommé est utile, mais non indispensable, pour recouvrir la surface du mouchoir, il s'oppose à l'évaporation trop rapide du chlorure d'éthyle très volatil.

Le chlorure d'éthyle existe actuellement dans le commerce contenu dans des tubes de verre ou de métal présentant un orifice très étroit et pouvant donner soit un petit jet pour anesthésie locale, soit un gros jet débitant environ 10 centimètres cubes en 4 ou 5 secondes. Il faut choisir des tubes à gros jet. La capacité de ces tubes est variable, il est plus commode d'utiliser des tubes de cinquante centimètres cubes environ et de préférence gradués, on sait ainsi exactement la quantité de chlorure d'éthyle employée.

Il est utile de rassurer le malade, de lui apprendre à bien respirer, librement d'abord, puis avec la compresse sèche bien appliquée sur les narines et sur la bouche. A ce moment on peut en outre recouvrir le mouchoir du taffetas gommé.

Pour commencer l'anesthésie on pulvérise d'abord une petite quantité de chlorure d'éthyle à la surface de la compresse maintenue en place, puis quand la patiente a fait deux ou trois inspirations on pulvérise d'un seul coup environ dix centimètres cubes. Si la respiration continue régulièrement, on ne bouge pas la compresse de place. Si le malade retient sa respiration, est indocile, se débat, il y a avantage à soulever la compresse un moment pour la réappliquer dès que la respiration se rétablit régulièrement.

En une minute, pourvu que les inspirations se soient régulièrement succédées, l'anesthésie est complète.

C). MARCHE ET CONDUITE DE L'ANESTHÉSIE

Dix centimètres cubes de chlorure d'éthyle procurent en moyenne un sommeil de 3 à 4 minutes de durée. Si

l'on veut prolonger plus longtemps l'anesthésie, il suffit de pulvériser de minute en minute environ 5 centimètres cubes du produit.

Pendant l'anesthésie, le pouls est régulier, le visage garde sa coloration normale, mais *la résolution musculaire n'est jamais complète ;* les patientes ont de la contracture plus ou moins marquée des membres et fréquemment du trismus. Ce trismus joint à la chute de la langue en arrière peut entraver la respiration et donner lieu à une asphyxie menaçante, d'où la nécessité d'avoir toujours un ouvre bouche et une pince à langue à portée de la main.

Le réveil a lieu deux ou trois minutes après la cessation des inhalations. Si l'on s'est servi d'une dose unique de 10 centimètres cubes, il n'y a ni céphalalgie, ni vertiges, ni vomissements. Si la dose employée a été plus forte, l'anesthésie plus prolongée, les vomissements deviennent presque la règle mais ils cessent très rapidement. Il peut y avoir également un peu de vertige durant quelques minutes. Il n'y a pas de céphalalgie.

D). ACCIDENTS DE L'ANESTHÉSIE

Nous ne connaissons aucun cas de mort attribuable au chlorure d'éthyle.

Nous n'avons jamais observé de syncope cardiaque.

En revanche, trois fois nous avons observé des arrêts de la respiration avec asphyxie menaçante dus dans tous les cas à un défaut de surveillance et à l'administration peut être trop copieuse de l'anesthésique. Cet accident peut être aisément évité en observant la coloration du visage qui ne doit pas venir rouge foncé et en surveillant le rythme respiratoire.

Deux fois nous avons dû employer la respiration artificielle.

Après avoir écarté de force les mâchoires serrées et attiré la langue au dehors. Quatre ou cinq mouvements respiratoires ont suffi chaque fois à ramener la respiration normale.

Dans le 3e cas l'ouverture forcée de la bouche et la traction de la langue au dehors ont suffi.

Dans ces trois cas le réveil n'a présenté aucune particularité.

E.) Indications obstétricales de l'anesthésie au chlorure d'éthyle.

1o) *Pendant la grossesse :*

Exploration du bassin et des organes pelviens.

2o) *Pendant l'accouchement :*

Pour pratiquer le toucher manuel ;

Pour toutes les interventions douloureuses, ne nécessitant pas une résolution musculaire absolue.

3o) *Pendant la délivrance :*

Curage digital ;

Explorations intra-utérines ;

Délivrance artificielle.

4o) *Après la délivrance :*

Restaurations de toutes sortes, du col, du périnée, etc.

5o) *Suite de couches :*

Curetage. Incisions d'abcès du sein, etc.

F.) Parallèle entre le chlorure d'éthyle, l'éther, le chloroforme

Chloroforme.

Sommeil obtenu en 7 à 8 minutes environ. Résolution musculaire complète, mais dangers de syncope surtout chez les hémorragiques. Vomissements consécutifs intenses et prolongés. Choc.

Ether.

Sommeil obtenu en 4 à 5 minutes. Anesthésie très désagréable pour le patient. Résolution musculaire complète. Dangers de syncope moindres. Irrite la muqueuse bronchique. Vomissements moins persistants qu'avec le chloroforme.

Chlorure d'éthyle.

Sommeil obtenu en une minute. Résolution musculaire souvent imparfaite. Pas de syncopes mortelles signalées jusqu'ici, pas le moindre choc. Possibilité d'alimenter les malades deux heures au plus après le réveil.

G.) Avantages particuliers du chlorure d'éthyle.

Inocuité absolue chez les hémorragiques même graves, possibilité d'obtenir un réveil très rapide suivi de nouvelles anesthésies et de nouveaux réveils au gré de l'opérateur et en un très court espace de temps.

Possibilité de lui substituer à un moment quelconque l'anesthésie au chloroforme ou à l'éther, si l'on prévoit

une intervention longue ou nécessitant une résolution musculaire absolue.

Possibilité enfin de confier l'anesthésie à un aide même peu expérimenté en s'astreignant seulement à écouter le malade respirer.

On pourrait objecter que le chlorure d'éthyle ne présente aucun avantage sur le bromure d'éthyle préconisé depuis longtemps déjà en obstétrique, en réalité il lui est de beaucoup supérieur car à la suite de l'emploi du bromure d'éthyle on a signalé *de l'ictère*, une odeur alliacée de l'haleine persistant plusieurs heures et surtout des cas de mort assez nombreux. Dans l'anesthésie au bromure d'éthyle le facies prend une coloration violacée très foncée. Cela ne se produit pas dans l'anesthésie au chlorure d'éthyle quand elle est bien dirigée.

H). Contre-indications.

Le chlorure d'éthyle employé à dose élevée peut donner lieu à des mouvements convulsifs plus ou moins intenses et étendus, parfois epileptiformes. La prudence nous semble donc contre-indiquer son emploi chez les convulsives : éclamptiques, urémiques, épileptiques, en imminence de crise, bien que nous n'ayons aucune observation venant fortifier ou infirmer cette hypothèse.

OBSERVATIONS

Depuis le mois de novembre 1904, époque de notre entrée en fonctions, jusqu'au 1er mars 1907, nous avons noté l'emploi de l'anesthésie au chlorure d'éthyle, 41 fois à la maternité de Beaujon. (Le mode d'anesthésie a été

appliqué beaucoup plus souvent encore, mais il n'en n'a pas été fait mention sur toutes les observations).

Ces 41 observations se résument ainsi :

1°) *Opérations simples* (36).

16 applications de forceps ;
2 versions ;
1 opération de Porro ;
15 curages ou curages digitaux ;
1 extraction de siège ;
1 restauration du périnée.

2°) *Opérations multiples* (5).

Année 1906. — Accouchement n° 854 : forceps, délivrance artificielle, périnéorhaphie.

N° 1098 : tentative de forceps, basiotripsie, délivrance artificielle.

N° 1177 : forceps, périnéorhaphie.

N° 1424 : version interne, forceps sur la tête dernière.

Année 1907. — Accouchement n° 169 : forceps, délivrance artificielle, restauration du périnée.

On pourra remarquer le nombre restreint d'extractions de sièges et de délivrances artificielles mentionnées ci-dessus. La raison en est que ces interventions, simples, sont en général exécutées sous la direction et la responsabilité de Mme la Sage-femme en chef et par suite sans anesthésie.

III. — PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR PUTRÉFACTION FŒTALE ET RIGIDITÉ DU COL AU TERME DE LA GROSSESSE. — GUÉRISON. — *Examen histologique, œdème du col* (*Soc. d'obst, gyn. et péd.*, 1905).

Cette malade entre à la maternité de Beaujon (service du Dr Ribemont-Dessaignes), le 3 août 1905, à 11 heures du soir ; la sage-femme de garde l'examine et se borne à prescrire des injections vaginales antiseptiques.

M. Le Lorier voit cette malade le 4 dans la matinée.

L'utérus gravide est développé comme un utérus à terme ; les dernières règles ont eu lieu du 4 au 10 octobre 1904. Au cours de l'examen on assiste à quelques contractions utérines peu intenses et peu douloureuses ; présentation du sommet en O I G A.

A l'auscultation on n'entend absolument rien. L'utérus n'est pas sonore à la percussion.

La malade vient de chez elle, elle raconte que le 29 juillet (soit six jours avant), elle a encore senti l'enfant.

Le 30, vers huit heures du matin, en cousant à la machine, elle a perdu les eaux en telle abondance, qu'elle dit en avoir perdu plein un seau (?)

Son ventre, très volumineux auparavant, aurait beaucoup diminué, le liquide était de coloration verdâtre. Une sage-femme arrive auprès de la malade à 10 heures et déclare à ce moment que l'enfant devait être mort

(car elle n'entendait pas les bruits du cœur) et qu'il n'y avait pas début de travail.

Le 31, la malade commence à perdre un liquide brun foncé. Sur les conseils de la sage-femme, elle prend des injections de permanganate de potasse et de sublimé, des bains de siège d'eau bouillie.

Le *2 août* elle commence à percevoir une mauvaise odeur en prenant ses bains de siège, mauvaise odeur qui est devenue de plus en plus marquée.

Le 3, dans l'après-midi, elle a un accès de fièvre sans frisson. A l'entrée à l'hôpital le 3 au soir elle avait 38°6.

Le 4, le pouls est à 100, la température axillaire à 38°8, le facies profondément altéré, terreux, le nez pincé, la langue sèche.

Au toucher on trouve un col ayant toute sa longueur, mais lorsqu'on arrive à l'orifice interne on sent l'extrémité de l'index cerclée par un anneau extrêmement dur, presque tranchant, donnant la sensation d'un trou régulier qui serait creusé dans une portion osseuse du crâne fœtal. Ce trou laisse difficilement passer l'index et donne l'impression que toute tentative de dilatation serait vaine et dangereuse. A travers cet anneau, on arrive sur la présentation (sommet) et en soulevant la tête il s'écoule un liquide sanieux ayant absolument l'odeur d'un cadavre en putréfaction ; ce liquide s'écoule du reste spontanément dans le vagin.

Le bassin est normal, la tête non engagée.

Aussitôt cet examen terminé, la malade est prise d'un grand frisson.

Urines albumineuses.

En somme la situation était celle-ci : *œuf ouvert ; fœtus*

en voie de putréfaction depuis au moins trois jours. Col effacé et paraissant peu dilatable.

Etat général grave.

Je montrai cette malade à mon collègue Herrenschmidt et nous tombâmes d'accord sur la nécessité d'une intervention aussi rapide que possible et qui, dans l'espèce, nous paraissait devoir être une hystérectomie en raison de la rigidité fibreuse de l'orifice interne qui permettait à peine l'introduction du doigt.

Tout fut donc préparé en vue de cette opération que je pratiquai avec l'aide de mon collègue à 1 heure et demie de l'après-midi, sous chloroforme.

Dans le but d'éviter toute contamination du péritoine par le contenu de l'utérus, j'en décidai l'ablation totale, mais je fis précéder l'opération proprement dite d'un premier temps vaginal qui consista à fermer le col par des sutures à la soie.

Il va sans dire que je mis des gants de caoutchouc pour ce premier temps.

Le vagin fut ensuite minutieusement nettoyé et je fis placer à demeure un spéculum de Fergusson pour le rendre béant et faciliter ainsi l'écoulement des liquides.

Cela fait, je fis la laparotomie médiane. Incision assez longue pour permettre d'extérioriser l'utérus et la malade étant en position très inclinée, je protégeai le péritoine par une grande quantité de compresses. Les pédicules sont alors pincés et coupés successivement. Restait à ouvrir les culs-de-sac, la malade fut alors remise presque horizontalement, les culs-de-sac postérieur et latéraux aisément ouverts. Au moment de l'ouverture

du cul-de-sac antérieur un incident se produisit, la ponction de l'utérus par un coup de ciseau donnant à une quantité de liquide heureusement petite une issue aussitôt barrée par un clamp placé sur la portion sus-vaginale du col, juste au-dessus de la petite perforation. L'utérus fut alors rapidement enlevé et l'on passa à la ligature avec la soie des différents pédicules.

Après la toilette minutieuse du petit bassin, deux gros drains sont placés dans le vagin et dépassent la vulve.

Le péritoine décollé de la face antérieure de l'utérus est simplement appliqué sans sutures sur les surfaces cruentées et enfin le drainage est complété par une mèche de gaze iodoformée tapissant le petit bassin et sortant par le vagin. La plaie vaginale fut laissée béante sans aucune suture.

La paroi abdominale est refermée par un seul plan de sutures au fil d'argent et on ne fit pas *avec intention* de drainage abdominal, le drainage vaginal étant amplement suffisant.

Les suites furent très simples, la malade avait 37°2 le soir de l'opération, 36°2 le lendemain matin, le drainage vaginal était définitivement supprimé le 11, les fils enlevés le 12. La malade qui avait un peu d'albumine dans l'urine à son entrée, n'en avait plus à partir du 12 ; elle a quitté l'hôpital le 28 août en parfait état.

Je l'ai revue le 6 octobre, son état ne laisse rien à désirer.

Le fœtus pesait 3.200 grammes, le placenta 500 ; le fœtus n'était pas très altéré mais le placenta était entièrement putréfié, exhalant une odeur infecte et présentant une couleur verdâtre.

Examen histologique. — « L'utérus après son ablation a été vidé de son contenu (fœtus, placenta et membranes), par une incision de sa paroi antérieure et plongé ensuite dans l'alcool à 90°.

« Les coupes sont faites soit parallèlement à l'axe du col, soit perpendiculairement à cet axe ; deux sont colorées à l'hématéine-éosine, deux au picro-carmin, deux au Van Gieson.

« La muqueuse ne présente pas de particularités, on trouve seulement par places un épanchement hémorragique sous-muqueux, mais peu important.

« Il n'existe nulle part de tissu inodulaire, mais les fibres musculaires et conjonctives sont extrêmement dissociées et reproduisent la disposition que l'on observe dans la boule d'œdème artificielle. Il s'agit en somme d'un œdème du col qui rend bien compte de la rigidité perçue au niveau de l'orifice interne.

Rappelons que l'orifice externe était resté souple.

Présentation d'un placenta bordé. — *Société d'obst. gyn.. pédiatrie*, 12 mars 1902. En collaboration avec le docteur Lepage.

Cette pièce provenait d'une femme de 22 ans, secondipare, ayant pour sa première grossesse fait une expulsion prématurée à deux mois. La deuxième grossesse commence vers le mois d'octobre 1901. En novembre léger écoulement sanguin par la vulve, durée 15 jours. Mouvements actifs en février. Vers le 8 mars cette femme perd une certaine quantité de liquide d'a-

bord sanguinolent, puis incolore ; huit jours après, l'écoulement est de nouveau teinté de sang ; ces pertes s'accompagnent de douleurs abdominales assez vives.

Le 24 mars, le travail se déclare et se termine le 8 avril par l'expulsion d'une fille vivante de 900 grammes, précédée par l'expulsion d'un caillot assez volumineux, délivrance par expression.

Le placenta pèse 300 grammes, est irrégulier et présente une forme allongée ; ses plus grandes dimensions sont de 19 centimètres et de 10 centimètres et demi. Le cordon s'insère sur le bord du placenta du côté de la partie étroite des membranes qui mesurent 7 centimètres : du côté opposé elles mesurent 15 centimètres.

Au niveau des extrémités du grand diamètre du placenta examiné par sa face fœtale, on constate que cette surface est dépourvue de membranes sur une hauteur de 4 centimètres. La base de cette surface dénudée, mesure 8 centimètres et demi. L'extrémité opposée du même diamètre du placenta est aussi dépourvue de membranes sur une hauteur moindre, de 2 centimètres environ.

Sur le bord opposé à l'insertion du cordon, la surface fœtale du placenta est également à nu sur une largeur de 1 centimètre environ.

En pénétrant avec la main dans la cavité de l'œuf, c'est-à-dire en soulevant les membranes avec la face dorsale de la main, on constate que le chorion est légèrement tendu entre les deux extrémités de l'insertion des membranes sur le placenta ; de même en cherchant à amener au contact les deux lèvres de la déchirure des membranes, on n'arrive à les affronter qu'en soulevant la portion du placenta adhérente aux membranes.

Il semble en un mot que les membranes, ou mieux que le chorion manque d'ampleur.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est que l'on peut se demander si la disposition des membranes et spécialement l'exiguité relative du chorion n'a pas eu pour effet de provoquer par tiraillement le décollement du placenta et secondairement l'accouchement prématuré.

Rupture spontanée de la rate chez une femme enceinte de 5 mois et demi environ,— Mort. *Société d'obst.gyn.et pédiatrie.*

Cette malade entrée dans le service de M. Ribemont-Dessaignes, à la maternité de Beaujon, présentait les signes d'une hémorragie interne grave. La laparotomie pratiquée par M. Bazy ne permit pas de trouver le point de départ de cette hémorragie. La malade mourut le lendemain de l'opération et on trouva à l'autopsie une déchirure complète de la rate au niveau de son bord postérieur avec un énorme caillot remplissant l'arrière cavité des épiploons. Toute la face externe de la rate était d'aspect absolument normal ce qui explique comment la lésion a pu être méconnue après laparotomie.

Note sur l'aménorrhée primitive. *Société d'obst, gyn. et pédiatrie.*

Cette note est le résumé de notre thèse inaugurale, Contribution à l'étude de l'aménorrhée primitive (Paris 1904).

Sous le nom d'aménorrhée primitive, nous entendons l'absence des règles chez les jeunes filles parvenues à l'âge habituel de la menstruation.

Dans cette définition, il importe de préciser ce que l'on entend par le terme : « âge habituel de la menstruation ».

Cet âge habituel, variable avec le climat, la température et surtout avec la race, est compris pour les latitudes moyennes de Londres et de Paris entre 12 et 17 ans ; après 17 ans, ou bien la menstruation apparaît et il y a menstruation tardive, ou bien les règles ne se produisent pas et il y a aménorrhée primitive. Le temps seul permet donc de poser ce dernier diagnostic d'autant plus probable que les malades sont plus éloignés de la 17e année.

Nous séparons en outre de l'aménorrhée primitive les cas de rétention menstruelle auxquels s'applique non pas l'épithète d'aménorrhée, mais celle beaucoup plus juste de crypto-ménorrhée.

Il nous a été possible de réunir un assez grand nombre d'observations publiées sous le titre d'aménorrhée primitive ou encore d'aménorrhée constitutionnelle, d'emansion mensium, observations qui servent de base à notre étude.

Il existe deux variétés d'aménorrhée primitive :

L'une *symptomatique*, soit : 1° d'une affection générale ou locale altérant gravement la nutrition (tuberculose, syphilis, néphrite chronique, chlorose, diabète glycosurique, phosphatique ou azoturique ; soit : 2° d'une malformation ou d'un arrêt de développement plus ou moins considérable des organes génitaux.

L'autre *essentielle* (ou du moins que nous appellerons provisoirement ainsi et faute de mieux), dans laquelle on ne trouve ni du côté des organes génitaux, ni dans le reste

de l'organisme, une modification appréciable par nos moyens actuels d'exploration clinique.

Voici les résultats fournis par l'analyse de 66 observations que nous avons dépouillées :

Dans les antécédents héréditaires des malades on rencontre la tuberculose chez les antécédents directs et collatéraux et des troubles plus ou moins marqués des fonctions génitales chez les collatéraux ou même chez la mère.

Nous n'avons relevé aucune particularité dans les antécédents personnels ; une seule observation signale l'influence possible de la naissance avant terme chez une malade qui avait deux ovaires ectopiques avec vagin absent et utérus infantile.

Les malades sont sujettes à des molimens menstruels consistant soit en hémorragies vicariantes (hématémèses, entérorrhagie, urétrorrhagie), c'est l'exception ; soit le plus souvent en douleurs d'intensité variable à siège pelvien et lombaire, en troubles nerveux quelquefois graves, hystériformes avec accès convulsifs. Ils ont pour caractère commun la périodicité, se reproduisent en moyenne tous les 28 jours et durent de 4 à 6 jours.

En dehors de ces périodes l'état général des malades est presque toujours noté comme satisfaisant. Quant à leur habitus extérieur il est des plus variables.

Et rien ne serait plus trompeur que de se fier à cette apparence pour faire le pronostic de l'aménorrhée primitive.

On est étonné du nombre de cas dans lesquels des femmes d'apparence superbe avaient des organes génitaux absolument rudimentaires.

Voici maintenant les résultats que donne l'examen nécropsique ou clinique des organes génitaux :

1o *Organes génitaux externes.* — Le plus souvent ils sont absolument normaux ou d'un développement très peu au-dessous de la normale.

2o *Organes génitaux internes.* — *a*) Ils peuvent être absolument normaux.

b) Ils sont plus ou moins pathologiques.

Dans ce cas on rencontre l'absence complète du vagin ou un vagin rudimentaire terminé en cul-de-sac à une distance variable de l'orifice vulvaire.

L'absence du vagin n'implique nullement celle de l'utérus.

Il y a fréquemment des anomalies de l'utérus ; son absence totale, absolue est des plus rares, si même elle existe. L'utérus est toujours représenté au moins par quelques fibres musculaires formant une lame aplatie ; mais on conçoit que pratiquement cela soit l'équivalent d'une absence totale.

Entre cet utérus rudimentaire et l'utérus normal toutes les étapes existent : utérus infantile, utérus pubescent ; l'utérus bicorne est remarquablement fréquent.

Dans l'immense majorité des cal les ovaires et les trompes étaient normaux.

Il y a lieu de signaler la dilatation de l'urèthre comme malformation associée aux précédentes ; cette dilatation n'est pas le résultat de tentatives de coït.

Il faut signaler encore l'existence possible de fibromes utérins, de tumeurs annexielles néoplasiques ou inflammatoires.

Pratiquement, voici comment le diagnostic à faire se présente. Une jeune fille est amenée par ses parents à

la consultation d'un médecin parce qu'elle a 18 à 20 ans, qu'on songe à la marier et qu'elle n'est pas encore réglée. Un examen absolument complet de la malade est indispensable sous peine de tomber dans de grossières erreurs de diagnostic et de pronostic.

Les bases de ce diagnostic et de ce pronostic sont par ordre d'importance :

1o L'état de développement des organes génitaux ;

2o L'âge de la malade (la gravité étant en raison directe de l'âge) ;

3o L'existence de molimens menstruels, indices d'une ovulation régulière ;

Trés accessoirement l'habitus extérieur des malades.

4o Si la malade se marie, les chances de grossesse sont subordonnées à l'état de développement de l'utérus, les ovaires étant supposés sains, comme ils le sont en effet le plus souvent. L'apparition des règles n'est nullement nécessaire pour que la grossesse se produise.

Indications thérapeutiques. — Y a-t-il lieu de chercher à provoquer l'établissement du flux menstruel ?

Oui, s'il est possible d'obtenir cet établissement qui, dans l'une de nos observations, fut bientôt suivi de grossesse (1).

Il est inutile de traiter une aménorrhée primitive liée à un état rudimentaire de l'utérus.

Il faut au contraire traiter l'aménorrhée primitive essentielle ; l'aménorrhée primitive résultant d'un trouble de la nutrition générale, l'aménorrhée primitive par légère hypotrophie utérine.

(1) La faradisation utérine fut employée ici avec succès.

Il y avait lieu d'essayer dans ces deux derniers cas l'opothérapie ovarienne en s'inspirant des derniers travaux de Frænkel sur le corps jaune.

Il est intéressant de remarquer que le premier essai de greffe ovarienne hétéroplastique fut tenté par Norris pour une aménorrhée primitive et qu'il y eut guérison. Cependant l'observation est peu probante en raison de l'âge de la malade âgée seulement de 20 ans.

Enfin dans l'aménorrhée primitive, les molimens menstruels peuvent devenir douloureux et intenses au point de nécessiter la castration.

Hydramnios. — Oblitération congénitale de l'intestin grêle par péritonite datant de la vie intra-utérine. — Entéro-anastomose. — Mort.

Société d'obst. gyn. et pédiâtrie, en collaboration avec le Dr Grosse.

Décollement prématuré du placenta. — Fœtus mort. — Membranes intactes. — Dilatation de deux francs. — Orifice utérin rigide. — Opération césarienne. — Guérison.

Société d'obst. gyn. et pédiâtrie.

Présentation d'un fœtus achondroplasique.

Société d'obst. gyn. et pédiâtrie (juin 1906).

Présentation d'un monstre double ectopage.

Société d'obst. gyn. et pédiâtrie (juin 1906).

PARTICULARITÉS ANATOMIQUES DU MONSTRE

I. *Squelette.* — Paroi thoracique fusionnée latéralement, deux sternums et deux colonnes vertébrales distincts, absence pour chaque fœtus du membre supérieur correspondant au plan d'accollement.

II. *Appareil respiratoire.* — Deux poumons distincts pour chaque fœtus, toutefois le poumon postérieur est très ratatiné et beaucoup plus petit que l'antérieur.

III. *Appareil circulatoire.* — Un cœur unique avec une oreillette droite énorme, quatre cavités bien distinctes ; la section opératoire du fœtus gauche a empêché de faire l'injection des vaisseaux artériels et veineux, ce qui a rendu impossible l'étude de leur attribution.

IV. *Appareil digestif.* — Deux œsophages, deux estomacs. Intestins grêles largement anastomosés latéralement. Deux cœcums distincts. Une seule masse hépatique.

V. Deux appareils urinaires distincts.

VI. La cloison diaphragmatique était complète et unique.

VII. Deux appareils génitaux femelle distincts et complets.

D'une façon générale, le fœtus gauche est beaucoup plus petit que le droit.

SUR UN CAS DE PERCEPTION DU CORDON OMBILICAL AU PALPER CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL.
Société d'obst. gyn. et pédiatrie (fév. 1907).

DEUX OBSERVATIONS DE PERFORATION UTÉRINE PAR MANŒUVRES ABORTIVES CRIMINELLES PUBLIÉES DANS LA THÈSE DU Dr CHARLES PAUL (contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. Paris, 1906).